



Programa ESTATAL de vacunación de Carolina del Sur: Formulario de determinación de elegibilidad de personas aseguradas

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Compañía de seguros: _____ Número de la póliza: _____

Nombre del titular de la póliza y número de asegurado: _____

Categorías de elegibilidad de personas con seguro médico para recibir vacunas a través del programa ESTATAL

Las vacunas contra la gripe y contra el virus del papiloma humano son excluidas del programa ESTATAL de vacunación

Marcar la(s) casilla(s) correspondiente(s) con respecto a la elegibilidad para recibir vacunas a través del programa ESTATAL de vacunación:

***Proveedores que no tienen aprobación federal [*en inglés: non FQHC*] / no son centros de salud rurales [*en inglés: non RHC*]:**

- Tiene seguro, pero la cobertura no incluye las vacunas (*seguro insuficiente*);
- Tiene seguro, pero la cobertura cubre sólo ciertas vacunas (cumple con los requisitos para recibir vacunas a través del programa ESTATAL pero sólo las vacunas que no están cubiertas por el seguro) (*seguro insuficiente*);
- Tiene seguro, pero la cobertura tiene un límite fijo y se ha excedido el límite (*seguro insuficiente*)

** Los FQHCs y los RHCs someterán a una revisión la categoría de "seguro insuficiente" mediante el formulario 1146 de DHEC, Formulario para determinar la elegibilidad del paciente del programa de vacunación para niños en Carolina del Sur [SC VFC].*

Todos los proveedores (esta sección incluye a todos los proveedores inscritos con el programa de vacunación ESTATAL):

- Deducible de seguro médico de \geq \$1,000 por niño OR \geq \$2000 por familia (cumple con los requisitos para recibir vacunas a través del programa ESTATAL sólo si no se ha alcanzado el deducible y la familia no tiene los medios económicos para pagar las vacunas (*Dificultades económicas del asegurado*))

NOTA: A los niños que no cumplen con los requisitos para recibir vacunas a través del programa VFC o el programa ESTATAL se les deben administrar vacunas compradas con fondos privados.

Por medio del presente, reconozco que la información que doy aquí es correcta y veraz. Autorizo a DHEC para verificar cualquier información contenida en este documento.

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Fecha

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Fecha

South Carolina STATE Vaccine Program: Insured Eligibility Form

Instructions for Completing

Purpose:

To provide documentation for non-DHEC healthcare providers enrolled in the South Carolina STATE Vaccine Program of eligibility for non- VFC eligible children <19 years of age to receive STATE vaccine, prior to vaccine administration.

General Instructions for Use:

The Insured Eligibility Form is to be completed prior to administration of vaccine(s).

Item-By-Item Instructions:

1. Complete the Child's Name, Date of Birth, Insurance Company, Policy Number, and Name and Insurance ID Number of Policy Holder (this section of form may be completed by parent/guardian/ individual of record).
2. Assess child's eligibility for STATE vaccine and check appropriate box(es), as applicable.
3. Parent/Guardian/Individual of Record to sign and date form affirming the information they have provided is accurate and authorizing DHEC to verify insurance information given.
4. Healthcare provider or healthcare provider staff authorized to assess eligibility for STATE Vaccine to sign and date form.

Office Mechanics and Filing:

The completed Insured Eligibility Form must be retained for (3) years.

Note: Children who are eligible for the STATE Vaccine Program are only to be recorded on the **Vaccine Usage Log (DHEC 1232)**.